

REHABILITIMI MJEKËSOR I FËMIJËVE ME AMPUTIM TË GJYMTYRËVE TË POSHTME



Teuta Osmani-Vllasolli
Profesor i Asocuar
Fakulteti i Mjekësisë,
Universiteti i Prishtinës

Specialist i Fiziatriisë,
Qendra Klinike Universitare e
Kosovës

Rehabilitimi mjekësor, paraqet të vetmen mundësi pas amputimit të gjymtyrëve të poshtme (AGJP), të zbutjes së pasojave, në aspektin fizik, psikik dhe social dhe të integritimit psiko-social, të fëmijës me AGJP. Ai ka për qëllim, zëvendësimin e gjymtyrës së humbur, me protezë, që do t'iu mundësojë të jenë të pavarur gjatë aktiviteteve të përditshme jetësore.

1. Shkaqet e amputimit të fëmijët- ndahen në: amputimet kongjenitale si anomali nga lindja dhe amputimet e fituara që mund të jenë si pasojë e traumave të ndryshme apo si pasojë e sëmundjeve, si tumoret malinje të kockave, infeksioneve apo anomalive vaskulare.

2. Nivelet e AGJP mund të jenë: a. dezartikulimi i nyjës C/F, b. amputimi i mbigjurit, c. dezartikulimi i gjurit, d. amputimi i nëngjurit, e. amputimi Syme, amputimi Chopart, Lisfranc, transmetatarzal, dezartikulimi metatarzofalangeal, amputimi i gishtërinjëve (fig.1).

3. Vlerësimi i fëmijëve me AGJP

Çdo fëmijë është unik, dhe si i tillë duhet të jetë edhe vlerësimi, gjithëpërfshirës dhe njëkohësisht i detajuar, për një rehabilitim të suksesshëm.

Vlerësimi i gjendjes duhet të bëhet para amputimit, nëse amputimi është i planifikuar dhe pas amputimit, të format e fituara. Vlerësimi bëhet në aspekt të mundësive të fëmijës për kryerjen e aktiviteteve funksionale si dhe pas amputimit, vlerësimi i gjendjes së cungelit, amplitudës së lëvizjes (AL) të nyjës fqinje të cungelit, si dhe të nyjave tjera të gjymtyrës së amputuar, forcës muskulore (FM) të gjymtyrëve të epërme (GJE), të gjymtyrës së poshtme (GJP) të paamputuar dhe GJP të amputuar, dhembjes në cungel apo të senzacionit fantomik dhe të mobilitetit pasoperativ të fëmijës.

4. Rehabilitimi i fëmijëve me AGJP

Programi rehabilitues i duhur, pjesëmarrja dhe

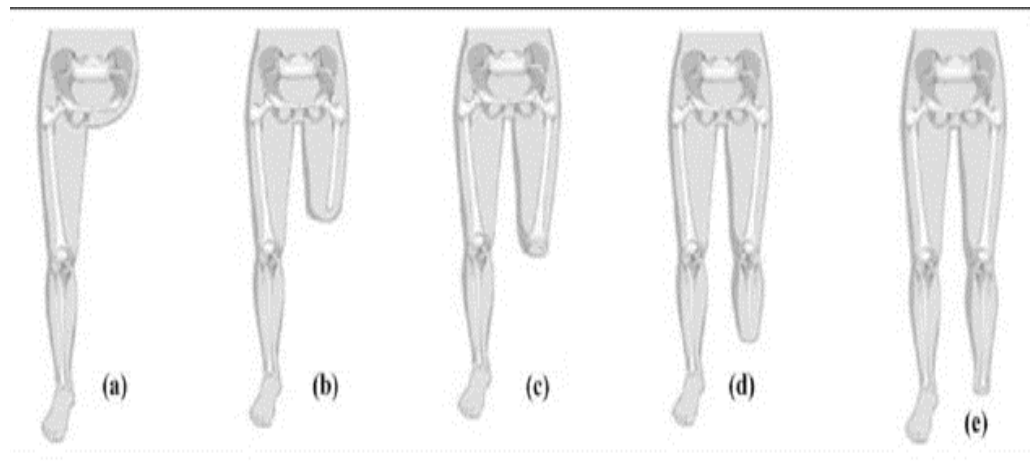
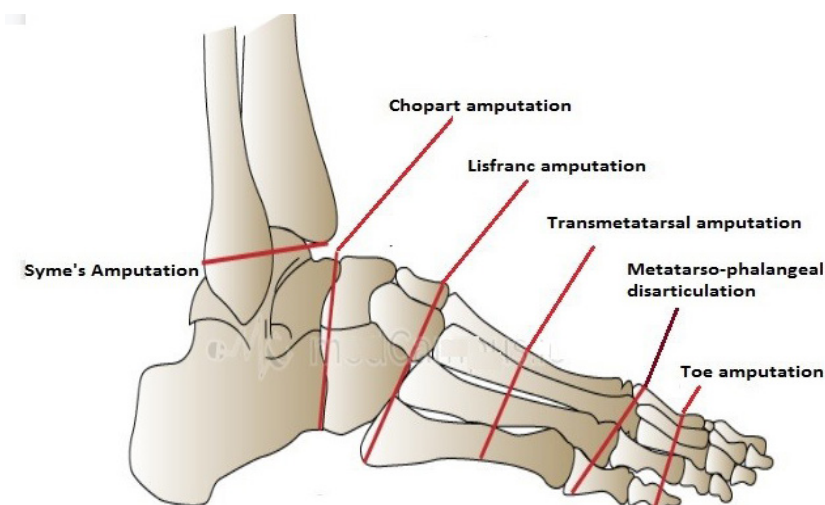


Figura 1. Paraqitja skematike e niveleve të amputimit në gjymtyrën e poshtme.
Burimi: <https://hotcore.info/act/kareff-030627.html>.



Burimi: <https://www.google.com/search?q=level+of+amputation+ppt&rl>.

Korrespondenca:
teuta.osmani@uni-pr.edu

interesimi i prindërve, janë pikat kyçe të aftësisimit të fëmijës për përdorim të protezës, gjatë aktiviteteve të përditshme jetësore.

Rehabilitimi mjekësor i përfshinë këto faza:

- Faza e pre-amputimit;
- Faza e intervenimit kirurgjik-amputimi;
- Faza e post-amputimit;
- Faza preprotetike;
- Faza protetike.

4.1. Faza e preamputimit

Kjo fazë, zhvillohet te amputimet e planifikuara, ku pas vlerësimit të lartpërmendur bëhet përgatitja e fëmijëve më të rritur, në aspektin fizik, aplikohen ushtrime të AL, ushtrime të mirëmbajtjes dhe të rritjes së FM të GJE dhe GJP, si dhe mbështetja psikike nga ana e psikiatrit dhe prindërve.

4.2. Faza e amputimit

Teknika e amputimit, e cila do të aplikohet dhe e cila përcaktohet sipas indikacionit, është në kompetenca të kirurgut. Por vlen të theksohet se, nga teknika dhe eksperiencia e kirurgut në të shumtën varet kualiteti i cungelit, i cili gjithsesi ka ndikim në suksesin e rehabilitimit mjekësor, gjegjësisht protetimit. Te fëmija me rëndësi është të bëhet ruajtja e epifizave (nëse është e mundshme), që të mundësohet rritja gjatësore e kockës.

4.3. Faza pas amputimit

Në këtë fazë, rol të rëndësishëm luajnë ushtrimet terapeutike, të cilat mundësojnë përgatitjen e cungelit për protetim dhe kondicionimin e përgjithshëm të fëmijës.

Masat dhe procedurat që ndërmerren janë:

4.3.1. Pozicionimi i gjymtyrës së amputuar

Një nga qëllimet kryesore të programit të hershëm postoperativ, është prevenimi i komplikimeve sekondare siç janë kontrakturat e nyjave të mbetura. Kontrakturat mund të zhvillohen si pasojë e mosbalancës së forcës muskulore, apo të tendosjes së fascies së muskujve, nga tërheqja refleksive mbrojtëse e cungelit në fleksion, nga humbja e stimulimit plantar për ekstension, apo si rezultat i pozicionimit jo korrekt sidomos gjatë qëndrimit në pozitë të ulur, për kohë të gjatë. Prandaj, prindërit dhe njëherit fëmija, duhet të kuptojnë rëndësinë e pozicionimit korrekt, meqë zhvillimi i kontrakturave më të mëdha se 25°, e pamundësojnë protetimin.

Te fëmijët me amputim të nëngjurit, gjatë qëndrimit ulur, gjuri duhet të mbahet në ekstension të plotë. (Fig.2)



Figura 2. Pozicionimi jo korrekt dhe korrekt i fëmijës me amputim të nëngjurit gjatë qëndrimit ulur.

Te fëmijët me amputim të mbigjurit, është e nevojshme që kërdhokulla të jetë në ekstension të plotë dhe në abduksion (fig.3.).

Tkurrësit - janë në formë të çorapeve, të thurura nga pambuku dhe të përforcuar me llastik nga goma. Ato janë me formë konike dhe madhësi të ndryshme.

4.3.3. Ushtrimet

Programi i ushtrimeve duhet të jetë i

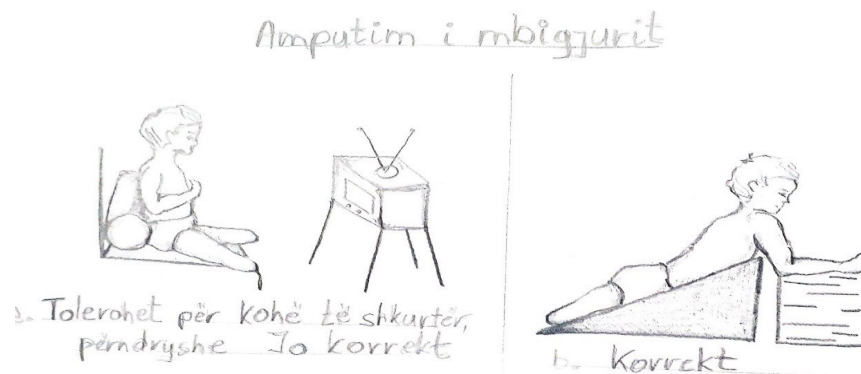


Figura 3. Pozicionimi jo korrekt dhe korrekt i fëmijës me amputim të mbigjurit gjatë pushimit.

4.3.2. Bandazhimi

Për formësimin e cungelit dhe tkurrjen e indeve të buta është i nevojshëm aplikimi i një kompresioni, ku zakonisht tek fëmijët preferohet bandazhimi i butë. Ekzistojnë dy forma të bandazhimit të butë: fasha elastike dhe tkurrësi elastik.

Fasha elastike - Kjo fashë mund të aplikohet mbi gazën që është aplikuar pas intervenimit kirurgjik, për të siguruar kompresionin e duhur. Disa nga kirurgët propozojnë që bandazhimi me fashë elastike të shtyhet deri në shërim të incizionit pasoperativ dhe kur suturat të jenë larguar. Por, për shkak të rrezikut nga edema dhe komplikimeve që i jep ajo, megjithatë bandazhimi me fashë është i nevojshëm, nëse nuk është aplikuar ndonjë formë tjetër e bandazhimit.

Bandazhimin duhet ta mësojë edhe fëmija nëse është i rritur dhe gjithsesi familjarët, që të mund ta aplikojnë në shtëpi. Kohëzgjatjen e bandazhimit e përcakton mjeku, por zakonisht preferohet edhe një kohë pas marrjes së protezës definitive.

dizajnuar në mënyrë individuale dhe përfshinë ushtrimet e forcimit të muskujve, ushtrime të balancimit dhe të koordinimit. Gjendja e cungelit, konsolidimi i cikatricit pasoperativ si dhe shkalla e dhembjes, determinojnë se kur mund të fillohet me ushtrime me rezistencë.

Njëherit, ushtrimet e fazës pasoperative në masë të madhe do të jenë të determinuara në bazë të shkallës së aktivitetit të fëmijës para intervenimit kirurgjik, kohëzgjatjes së sëmundjes-paafhtësisë fizike, nga problemet tjera shëndetësore eventuale si edhe nga efektiviteti i vet intervenimit kirurgjik. Në këtë fazë, është e nevojshme që ushtrimet e mësuara të përsëriten në shtëpi.

Transferet si prej pozitës së supinuar në të ulur, apo prej asaj të ulur në këmbë, janë aktivitete që i paraprijnë ushtrimeve të ecjes.

Trajnimi i ecjes - Mobilizimi i hershëm, është shumë i rëndësishëm, sidomos për gjendjen psikike të fëmijës. Fëmija me amputim unilateral mund të jetë plotësisht i pavarur, duke ecur me anë të kukëzave. Ka fëmijë, që kanë vështirësi në të mësuarit e ecjes me kukëza, qoftë nga pamundësia e mbajtjes së balancit dhe koordinimit të duhur, qoftë edhe nga frika apo nga mungesa e durimit.

Sidoqoftë, fëmijët të cilët nuk arrijnë të mësojnë të ecurit me kukëza, nuk do të thotë se nuk mund të arrijnë funksionalitet me protezë.

5. Faza preprotetike

Kjo fazë nënkupton aftësim për përdorim të protezës provizore (fig.4). Aplikimi i protezës provizore preferohet që të bëhet sa më herët që është e mundur, gjegjësisht posa cikatrici pasoperativ të jetë shëruar.

Detyrat e rehabilitimit mjekësor në këtë fazë janë të shumta:

5.1. Edukimi i fëmijës dhe i prindërve

Paraqet pjesë integrale të programit rehabilitues. Informatat lidhur me kujdesin ndaj cungelit janë të domosdoshme. Kjo nënkupton larjen e cungelit me sapun neutral, së paku një herë në ditë dhe pastaj fërkimin e tij me peshqir të butë. Në këtë mënyrë, bëhet e mundur mbrojtja nga infeksioni, sidomos më vonë kur fëmija e bartë protezën tërë ditën. Po ashtu, fëmija dhe prindërit duhet të këshillohen se ai duhet vazhduar me pozicionim korrekt, si dhe me ushtrime të mësuara deri atëherë. Megjithatë, programi edukativ duhet të jetë i dizajnuar për secilin fëmijë në veçanti.



Figura 4. Fëmijë me protezë provizore të nëngjurit të djathtë.

Gjendje pas reamputimit si pasojë e anomalisë kongjenitale.

5.2. Ushtrimet terapeutike

Ushtrime izometrike si dhe aktive me ngarkesë progresive, luajnë rol në rikthimin e forcës muskulore dhe aplikohen sipas gjendjes së cungelit dhe cikatricit pasoperativ.

Ushtrime për kondicionim të muskujve të GJE dhe të trungut, janë të rëndësishme për shfrytëzim të kukëzave gjatë fazës së protetimit dhe eventualisht edhe pas protetimit.

5.3. Elektrostimulimi

Disa hulumtues preferojnë edhe elektrostimulimin me rryma impulsive

sinusoidale, që ndihmojnë rikthimin më të shpejt të forcës muskulore sidomos të muskujve që lëvizin cungelin.

5.5. Trajnimi për përdorim të protezës së përkohshme

Këtu përfshihet të mësuarit e vendosjes së protezës në mënyrë korrekte, të zhvilluarit e koordinimit dhe të balancit të mirë, të ecurit në mënyrë të sigurt dhe simetrike, dhe që fëmija të jetë në gjendje të zhvillojë aktivitete tjera gjatë të ecurit, shkathtësi të ngritjes nga pozita e ulur, nga dyshemeja, të hyjë dhe të dal nga vetura apo ndonjë mjet më i madh transportues, me protezën e tij. Dallimi kryesor ndërmjet këtyre aktiviteteve dhe të ecurit, është mënyra se si shfrytëzohet secila gjymtyrë. Gjatë të ecurit aktiviteti i GJP është simetrik, por gjatë kryerjes së aktiviteteve të ndryshme funksionale aktivizimi i tyre është josimetrik, me mbështetje më të madhe në forcën, shkathtësinë dhe kontrollin proprioceptiv të gjymtyrës së shëndoshë.

Këto ushtrime më shumë vlejné për fëmijë më të rritur që bashkëpunojnë, e për fëmijë shumë të vegjël fillimisht duhet të ndihmohen nga prindërit, gjatë aktiviteteve.

dhe është aftësuar mirë, në përdorimin e saj.

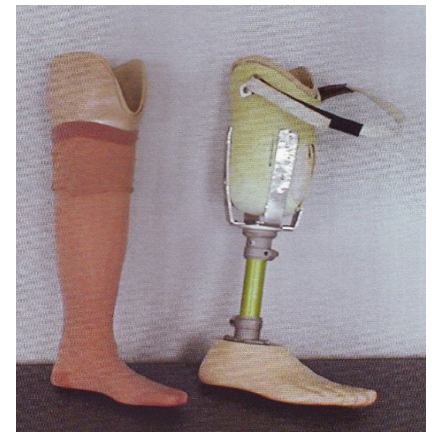


Figura 5. Protezë e nëngjurit me SACH - shputë, me trupin ekzoskeletal, shtratin dhe A.

Suspensionin suprakondilar dhe B. Suspensionin me lidhëse në formë të tetëshes.

7. Konsiderata të veçanta për fëmijët me AGJP

Te fëmijët me AGJP, duhet marr parasysh aspektin fizik dhe psikik, që në disa momente ndryshojnë nga të rriturit.

Konsideratat në aspektin fizik

Përderisa, individët e rritur me AGJP, me moshë bien në aftësi motorike, fëmijët me AGJP përkundrazi rriten dhe fitojnë në shkathtësi motorike.

Mosha e përshtatshme për protetim - te fëmija me amputim kongjenital apo me amputim të hershëm të fituar, konsiderohet në kohën kur fëmija tregon tentativë për t'u ngritur në këmbë. Bazuar në zhvillimin motorik normal kjo ndodhë në mes të muajit të 9-të dhe 12-të. Të ecurit e pavarur do të fillojë në mes të muajit të 15-të dhe 22-të.

Konsideratat për protezë në lidhmëni me rritjen - meqë fëmija rritet në dimensionin longitudinal dhe transversal, edhe proteza duhet të akomodohet sipas këtyre ndryshimeve morfologjike por njëherit edhe funksionale.

Proteza e parë, për një fëmijë me amputim të mbigjurit dhe me dezartikulim të gjurit duhet të jetë pa njësitin e nyjës së gjurit, eventualisht me nyjën e gjurit e cila bllokohet. Nga mosha tre ose katër vjeçare, fëmija do të mund të jetë në gjendje që të përshtatet me nyjën e gjurit mobil, të cilën në mënyrë manuale mund ta bllokojë. Pas moshës 6 vjeçare mund të ketë gjurin mobil, të cilin e drejton vet.

Monitorimi i shpeshtë është i nevojshëm për shkak të modifikimeve të shpeshta që duhen bërë, për tu mos u penguar rritja. Vizitat duhet të jenë çdo 3-4 muaj. Në çdo

vizitë, në cunel duhet të kontrollohen dhe kërkohen shenjat eventuale të komprimimit, në skajin distal të kockës, si dhe duhet të verifikohet gjatësia e protezës në krahasim me këmbën e shëndoshë. Modifikimet më të shpeshta nënkuptojnë konfigurimin e shtratis të protezës duke e përshtatur më skajin prominent të kockës, si dhe korrigjimet në gjatësi të protezës. Mesatarisht, fëmija në rritje, do të ketë nevojë për një protezë të re, çdo 18 muaj.

Konsideratat në aspektin psikik

Fëmijët nga aspekti psikik dhe emocional, janë shumë më të ndryshëm sesa të rriturit. Ata janë mentalisht dhe emocionalisht më të papjekur, prandaj edhe përgjegjësitë lidhur me kujdesin për protezën, problemet që i kanë lidhur me protezën mund t'i injorojnë e mos t'i raportojnë, derisa nuk bëhen të vërejtshme e serioze. Kështu që, për t'iu ikur këtyre problemeve, proteza duhet të jetë e dizajnuar deri në përpikëri më të madhe, dhe prindërit veçanërisht duhet të jenë të edukuar në këtë drejtim, të kontrollojnë e përcjellin fëmijën vazhdimisht.

Po ashtu duhet diskutuar me ta për përjetimin e gjymtyrës fantomike e cila është veçanti e fëmijëve me AGJP të fituar, por jo edhe te ata me formë kongjenitale.

Vizitat dhe konsultimet e psikiatrit, mund të jenë të nevojshme.

Një aspekt tjetër që duhet pasur parasysh tek fëmijët me AGJP, është se ata duhet aftësuar për ndonjë profesion, prandaj edhe në bazë të shkathtësive që kanë, rehabilitimi gjegjësisht terapia e punës duhet të drejtohet dhe eventualisht të ndryshohet me kohë, në kuptim të potencimit të shkathtësive të fëmijës dhe profilizimit të tyre.

Në fund vlen të shtojmë që prindërit janë ata që duhet të vetëdijesohen se varësisht se si ata do ta pranojnë gjendjen e fëmijës së tyre, si do ta kenë qasjen ndaj tij, do ta determinojë suksesin e rehabilitimit mjekësor - protetik, si dhe suksesin në pavarësinë psiko-sociale dhe mirëqenien e fëmijës së tyre.

Referencat:

- 1.O'Sullivan B S, Schmitz J T, *Physical Rehabilitation, Assessment and Treatment*, F.A.Davis Company, fourth edition, Philadelphia, 2001. pp 619-675.
- 2.Campbell SK, Vander Linden DW, Palisano PJ. *Physical Therapy for Children*. Third edition. Philadelphia. Elsevier Inc.2005.pp 453-480.
- 3.Khan MA, Javed AA, Rao DJ, Corner JA, Rosenfeld P. *Pediatric Traumatic Limb Amputation: The Principles of Management and Optimal Residual Limb Lengths*. *World J Plast Surg*. 2016 Jan;5(1):7-14.
- 4.Sener G, Yiğiter K, Bayar K, Erbahçeci F. *Rehabilitation in limb deficient children*. *Prosthetics and Orthotics International*, 1999, 23, 130-134.
- 5.Michael J. *Pediatric prosthetics and orthotics*. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics: Quarterly Journal of Developmental Therapy (Special Issue)* 1990;10:2: 123-146.
- 6.Trautwein LC, Smith DG, Rivara FP. *Pediatric amputation injuries: etiology, cost, and outcome*. *J Trauma* 1996;41:831-838.
- 7.Letton RW, Chwals WJ. *Patterns of power mower injuries in children compared with adults and the elderly*. *J Trauma* 1994;37:182-186.
- 8.Osmari-Vllasolli T, Hundozi H, Orovcane N, Krasniqi B, Murtezani A. *Rehabilitation outcome following war-related transtibial amputation in Kosovo*. *Prosthet Orthot Int*. 2014 Jun;38(3):211-217.
- 9.Vocke AK, Schmid A. *Osseous overgrowth after post-traumatic amputation of the lower extremity in childhood*. *Arch Orthop Trauma Surg* 2000;120: 452-454.
- 10.Farley FA, Senunas L, Greenfield ML, Warschausky S, Loder RT, Kewman DG, Hensinger RN. *Lower extremity lawnmower injuries in children*. *J Pediatr Orthop* 1996;16: 669-672.
- 11.Anderson M, Green WT, Messner MB. *Growth and predictions of growth in the lower extremities*. *J Bone Joint Surg Am* 1963;45:1-14.